

## Protocolo Clínico de la ABM #24: Proctocolitis Alérgica en el Lactante Exclusivamente Amamantado

### ACADEMIA MÉDICA DE LACTANCIA MATERNA

*Uno de los principales objetivos centrales de la Academia Médica de Lactancia Materna consiste en el desarrollo de protocolos clínicos para el manejo de problemas médicos comunes que pudieran afectar el éxito de la lactancia materna. Estos protocolos sirven únicamente como lineamientos para la atención de las madres que están amamantando y sus recién nacidos y no definen un curso de tratamiento exclusivo ni establecen normas de atención médica. Puede suceder que resulte pertinente efectuar variaciones en el tratamiento de acuerdo con las necesidades de cada paciente en lo individual. Los presentes lineamientos no pretenden ser exhaustivos, sino que tratan de proporcionar un marco de referencia básico para la educación del médico respecto a la lactancia materna.*

#### **Objetivo**

EL OBJETIVO DEL PRESENTE protocolo clínico consiste en explorar la base científica, los aspectos patológicos y el manejo clínico de la proctocolitis alérgica en el lactante amamantado desde el punto de vista de lo que se conoce actualmente acerca del padecimiento y definir las necesidades de investigación adicionales en esta área. Si bien puede existir una diversidad de respuestas alérgicas a ciertos alimentos, el presente protocolo se concentrará en las que se presentan en el tubo digestivo del lactante amamantado, específicamente la proctocolitis alérgica.

#### **Definiciones**

- Lactancia materna exclusiva: El lactante ha recibido únicamente leche de la madre o leche materna extraída y ningún otro líquido o sólido excepto por gotas o jarabes consistentes en vitaminas, suplementos minerales o medicamentos.<sup>1,2</sup>
- Alergia alimentaria: Un efecto adverso en la salud surgido de una respuesta inmunitaria específica que ocurre de manera reproducible ante la exposición a un alimento dado.<sup>3</sup>

#### **Antecedentes**

En el curso de las décadas recientes se ha descrito a un grupo de lactantes exclusivamente amamantados que desarrollan hematoquecia, pero que por lo demás presentan un buen aspecto clínico. Esta entidad nosológica ha sido nombrada con diversos títulos que varían de colitis alérgica a proctitis benigna inducida por proteínas alimenticias a proctitis eosinofílica a proctocolitis inducida por la leche materna.<sup>4</sup> En el presente documento, a este hallazgo se le denomina proctocolitis alérgica en el lactante exclusivamente amamantado y el conocimiento de la evolución clínica y los factores relacionados con el desarrollo de esta entidad nosológica son esenciales para optimizar el éxito de la lactancia materna y favorecer el crecimiento y la salud general del lactante.

### *Incidencia*

La incidencia de reacciones adversas a las proteínas alimenticias en el lactante exclusivamente amamantado no está definida adecuadamente. Datos prospectivos indican que aproximadamente entre el 0.5 y el 1% de los lactantes exclusivamente amamantados desarrollan reacciones alérgicas a las proteínas de la leche de vaca excretadas en la leche materna.<sup>5</sup> Dado que las proteínas de la leche de vaca son el antígeno causal en el 50 - 65% de los casos,<sup>4,6</sup> la incidencia total de alergia alimentaria en el lactante exclusivamente amamantado parece resultar ligeramente superior al 0.5 - 1%. Comparativamente, los lactantes alimentados con leche humana parecen presentar una incidencia menor de reacciones alérgicas a las proteínas de la leche de vaca que aquellos alimentados con formulaciones artificiales elaboradas con leche de vaca.<sup>7</sup> Esto puede atribuirse al nivel relativamente bajo de proteínas de leche de vaca excretadas en la leche humana,<sup>8</sup> a las sustancias inmunomoduladoras presentes en la leche humana y/o a las diferencias en la flora intestinal entre los lactantes amamantados y los lactantes alimentados con leche artificial.<sup>9-12</sup>

### *Presentación clínica*

Los síntomas más comunes asociados con trastornos alérgicos inducidos por alimentos en el lactante exclusivamente amamantado son las reacciones cutáneas (eczema) y los síntomas gastrointestinales.<sup>5</sup> Las manifestaciones severas de alergia alimentaria resultan extremadamente raras. El síntoma gastrointestinal más frecuente es el desarrollo de hematoquecia.<sup>13-15</sup> Esto ocurre normalmente entre las dos y las seis semanas de edad,<sup>6</sup> aunque existen algunos reportes de síntomas que aparecen incluso desde el primer día de vida.<sup>16,17</sup> Las proteínas alimenticias excretadas en la leche materna son responsables de la mayoría de los casos e inducen una respuesta inflamatoria del recto y de la porción distal del colon sigmoide denominada proctocolitis alérgica.<sup>18</sup> Debe enfatizarse que los lactantes amamantados que padecen proctocolitis alérgica por lo general tienen un "buen aspecto" clínico excepto por la presencia de sangre en las heces. La hemorragia normalmente es leve, pero ocasionalmente puede producir anemia y/o hipoalbuminemia. En casos muy aislados, los síntomas pueden conducir a un retraso del crecimiento.<sup>19-21</sup> Las manifestaciones sistémicas, como la emesis, la diarrea intensa o la distensión abdominal son poco frecuentes y pueden indicar otros trastornos alérgicos del tubo digestivo como enterocolitis o enteropatía inducidas por proteínas alimenticias (no examinadas en este protocolo).

Pueden considerarse estudios de laboratorio adicionales, pero frecuentemente son innecesarios para establecer el diagnóstico de proctocolitis alérgica. Los recuentos de eosinófilos periféricos pueden encontrarse elevados; sin embargo, esto resulta poco indicativo en un paciente en lo individual.<sup>21-23</sup> Un frotis de las heces para investigar un posible incremento en el número de eosinófilos suele reportarse negativo.<sup>18</sup> Si el frotis de las heces no contiene leucocitos detectables, es inadecuado para la citología de la mucosa y el reporte de ausencia de eosinofilia no es confiable (T. Takamasu, comunicación personal, 9 de junio de 2011). Los coprocultivos resultan negativos a bacterias patógenas y los estudios radiográficos excluyen enterocolitis necrosante.<sup>6,24</sup> Las concentraciones séricas de inmunoglobulina E totales y específicas al antígeno son similares a las de los lactantes no afectados y por tanto no se requiere determinarlas.<sup>13</sup> En los casos severos o prolongados que no responden a la modificación de la dieta, puede justificarse una evaluación endoscópica.

### *Fisiopatología*

## PROTOLOS ABM

Los síntomas y la severidad de la hipersensibilidad alimentaria varían en función del mecanismo de la respuesta inmunitaria (inmunoglobulina E vs. mediada celularmente) y la localización del compromiso intestinal.<sup>6,25</sup> La proctocolitis alérgica en el bebé amamantado es un trastorno de hipersensibilidad de la porción distal del intestino grueso mediado celularmente, caracterizado por edema de la mucosa, erosiones epiteliales focales e infiltración eosinofílica del epitelio y la lámina propia.<sup>14,18,19,26,27</sup> Las piezas de biopsia demuestran típicamente cuentas de eosinófilos superiores a 20 por campo de gran aumento.<sup>21,28,29</sup> El paso de proteínas alimenticias a la leche materna es responsable de la mayoría de los casos,<sup>30</sup> y la eliminación del agente causal de la dieta materna normalmente deriva en la desaparición de los síntomas en un periodo de 72 a 96 horas.<sup>6</sup> En algunos casos, puede requerirse una restricción alimentaria hasta de dos a cuatro semanas para percibir una mejoría.<sup>12,31</sup> En una serie publicada de 95 bebés amamantados que presentaban hematoquecia, se determinó que el 65% de los casos era atribuible al consumo materno de leche de vaca, el 19% al huevo, el 6% al maíz y el 3% a la soya.<sup>4,6</sup>

No se ha esclarecido con exactitud en qué momento ocurre la fase de sensibilización de la proctocolitis alérgica. Se ha reportado que algunos lactantes responden adversamente a las proteínas alimenticias excretadas en la leche materna dentro del primer día de vida.<sup>16,17</sup> Resulta evidente que los antígenos alimentarios y ambientales son capaces de cruzar la barrera placentaria<sup>32</sup> o penetrar en el líquido amniótico,<sup>33</sup> el cual es ingerido por el feto. Estos hallazgos sugieren la posibilidad de una sensibilización intrauterina tras la exposición materna al antígeno durante el embarazo.<sup>34</sup> Alternativamente, las variaciones en la concentración de diversas sustancias inmunomoduladoras en la leche humana parecen influir sobre el efecto protector de la lactancia materna contra la alergia.<sup>35-38</sup> La leche humana contiene leucocitos viables que pueden desempeñar un papel en el procesamiento del antígeno y en su presentación a los linfocitos neonatales en el intestino.<sup>39,40</sup> De este modo, es posible que la ingestión de proteínas alimenticias de la dieta excretadas en la leche materna, acompañada por condiciones fisiológicas que favorecen respuestas inmunógenas (en el neonato o en la leche materna), pueda derivar en una sensibilización alérgica. Sin embargo, los datos actuales resultan insuficientes para recomendar restricciones alimenticias durante el embarazo y/o la lactancia como un medio de prevención de la alergia.<sup>3,41</sup> La lactancia materna debe ser alentada en todos los neonatos, aun cuando en la leche puedan estar presentes pequeñas cantidades de alérgenos alimentarios. De hecho, datos recientes en modelos experimentales en animales sugieren que la ingestión de pequeñas cantidades de alérgenos excretados en la leche materna en presencia de la citocina antiinflamatoria factor de crecimiento transformante  $\beta$  puede en realidad proteger a las crías contra las respuestas alérgicas subsecuentes a los mismos alérgenos en etapas posteriores de la vida.<sup>42-44</sup>

### **Dieta Materna de Eliminación**

Cuando un lactante exclusivamente amamantado presenta evidencia clínica de colitis alérgica, la primera línea de tratamiento es la dieta materna de eliminación, consistente en evitar los alimentos que contienen el alérgeno más probable: proteínas de leche de vaca. La imposición de una dieta rigurosa puede resultar extremadamente pesado para una nueva madre, quien está afrontando no sólo el hecho de ser una nueva madre y la lactancia, sino también sus preocupaciones por los síntomas de su bebé.

### *Plan de dieta de eliminación*

Se proponen varios métodos diferentes:

1. Para hacerlo de la manera más sencilla posible, puede comenzarse eliminando los alimentos sospechosos más probables de producir alergias, uno a la vez (*i.e.*, leche de vaca [y productos elaborados con leche de vaca como los quesos, la mantequilla, helados y otros productos lácteos], soya, frutos cítricos, huevos, nueces, cacahuates, trigo, maíz, fresas y chocolate). Se indica a las madres que eliminen un alimento o grupo de alimentos (*v.gr.*, productos lácteos) a la vez y esperar un mínimo de dos semanas y hasta cuatro semanas. La mayoría de los casos mejorará en un periodo de 72 a 96 horas.<sup>6</sup>
2. Si no se han presentado cambios en los síntomas del lactante en dicho periodo, normalmente la madre puede volver a introducir en su dieta el alimento en cuestión y eliminar otro alimento o grupo de alimentos de la lista. Esto continúa hasta que ha eliminado todos los alimentos enumerados. Al eliminar un alimento, también debe recordar eliminar cualquier otro alimento que contenga dicho producto (*v.gr.*, al eliminar la leche de vaca, eliminar cualquier producto elaborado con leche de vaca, sin olvidar los componentes proteicos específicos como la caseína, el suero, la lactoglobulina, etc.; es importante leer las etiquetas a fin de detectar estos otros componentes entre los ingredientes). Frecuentemente las madres no se percatan del hecho de que otros alimentos contienen dichos productos. El Resumen del Panel de Expertos de los Estados Unidos sugiere que los individuos con alergias alimentarias y sus cuidadores deben recibir educación y capacitación acerca de cómo interpretar las listas de ingredientes en las etiquetas de los alimentos y cómo reconocer el etiquetado de los alérgenos alimentarios utilizados como ingredientes en los alimentos; el Panel de Expertos sugiere asimismo evitar los productos con etiquetados de advertencia como “este producto puede contener cantidades traza de alérgenos”.<sup>3</sup> No se ha de olvidar que algunos medicamentos, vitaminas e incluso vacunas pueden contener ingredientes alergénicos.
3. Si la eliminación de cada uno de los alimentos mencionados no resuelve el problema, el siguiente paso podría consistir en hacer que la madre mantenga un diario minucioso de su alimentación durante dos días hábiles y un fin de semana con el objeto de investigar sus hábitos alimenticios normales. Mediante la revisión cuidadosa de su diario alimentario, probablemente podría identificarse el alimento causal.

### *Diferencias geográficas*

Otros autores recomiendan eliminar las causas más probables de alergias, las proteínas de leche de vaca y cualquier otro alérgeno posible con base en la región en que habita el lactante.<sup>12</sup> Por ejemplo, en algunas regiones, los huevos de gallina son la segunda causa más frecuente de alergia, en tanto que en otros, como en los Estados Unidos, el Reino Unido y algunas áreas de Europa, los cacahuates son un alérgeno común.<sup>12</sup>

### **Casos Difíciles**

El pasar a una dieta que también excluya el pescado, el trigo y otros productos elaborados con cereales que contienen gluten resulta sumamente difícil de seguir para una madre y puede incrementar el riesgo de consumir una dieta poco sana. Deben

## PROTOLOS ABM

ponderarse los riesgos maternos de una dieta de eliminación extremadamente restrictiva frente a los potenciales beneficios para el lactante. En una estrategia secundaria, la eliminación adicional del trigo y el pescado y/o de otros componentes significativos de la dieta materna requerirá de la asesoría de un bromatólogo experimentado a fin de asegurar que se mantenga un consumo adecuado de nutrientes.<sup>12</sup>

En el caso de los lactantes con síntomas más significativos, puede someterse a la madre a una dieta de muy bajo contenido de alérgenos con alimentos como cordero, peras, calabacín y arroz. Esta estrategia también requiere de interconsulta permanente con un bromatólogo experimentado. Cuando se resuelven los síntomas del lactante, se vuelven a incluir otros alimentos a la dieta de la madre, uno a la vez, con tiempo suficiente entre las adiciones (mínimo una semana) a fin de investigar cualquier recurrencia sintomática en el lactante. Si los síntomas recurren, se retira nuevamente el alimento recién agregado y es probable que resulte ser alimento causal. También otros alimentos pueden ser implicados. La continuación de la adición de un alimento a la vez permite a la madre liberar su dieta de restricciones si el lactante lo tolera.

### **Uso de Enzimas Pancreáticas**

Se han registrado unos cuantos reportes publicados<sup>45,46</sup> y algunas discusiones anecdóticas acerca de un novedoso tratamiento para la colitis alérgica: el uso de enzimas pancreáticas por la madre. La teoría consiste en que al administrar a la madre enzimas pancreáticas exógenas, el componente de proteasa ayudará a incrementar la descomposición de proteínas potencialmente alérgicas en el tubo digestivo de la madre antes de su absorción en el torrente sanguíneo y su secreción en la leche. La posología específica aún está por definirse, pero generalmente se inicia con la dosis más baja de la enzima pancreática (*v.gr.*, pancrelipase Creon<sup>®</sup> 6 [en los Estados Unidos]/Kreon<sup>®</sup> [Europa], Abbott Laboratories, Abbott Park, IL) (la concentración se basa en el contenido de lipasa, en este caso 6,000 unidades USP de lipasa; también contiene 19,000 unidades USP de proteasa y 30,000 unidades USP de amilasa) a fin de minimizar, aunque son poco frecuentes, los efectos secundarios en la madre. La dosis inicial puede ser de dos cápsulas con los alimentos y una con refrigerios y duplicarse si no se obtiene el efecto deseado. Debe evitarse usar enzimas patentadas derivadas de cerdo en las personas alérgicas a dicho alérgeno. Existen enzimas alternativas de origen vegetal, pero la posología es más incierta, puesto que es difícil establecer su potencia comparativa (A. Repucci, comunicación personal, 1º de mayo de 2011). Los reportes con esta estrategia resultan generalmente positivos. Normalmente, este procedimiento es adicional a la dieta de eliminación y puede utilizarse en situaciones en que los ingredientes de los alimentos puedan no conocerse con certeza, como en los alimentos consumidos en un restaurante.

### **Evaluación y Manejo**

La calidad de la evidencia que respalda a cada recomendación, conforme a la definición de los lineamientos del Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de los EUA,<sup>47</sup> se presenta entre paréntesis (I, II-2 y III).

La evaluación inicial del lactante exclusivamente amamantado que presenta hematoquecia o sangre oculta en heces debe incluir una anamnesis y una exploración física detalladas:

- Debe prestarse particular atención a la existencia de claros antecedentes familiares de alergia (padres biológicos o hermanos), lo cual coloca al lactante en alto riesgo de desarrollar alergias.<sup>3,12,41</sup>
- Es importante asegurar la naturaleza exclusiva de la alimentación con leche humana debido a que las estrategias de manejo difieren entre los lactantes amamantados y los lactantes alimentados con leche artificial.
- Es necesaria una evaluación para identificar síntomas adicionales de trastornos alérgicos inducidos por alimentos. Muchos lactantes con proctocolitis alérgica también exhibirán reacciones cutáneas (eczema).<sup>5</sup>
- Debe instaurarse una evaluación precisa del crecimiento (aumento de peso y talla), la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria.
- Realizar una exploración abdominal minuciosa. Los lactantes con proctocolitis alérgica por lo general muestran un “buen aspecto” clínico, sin distensión ni dolor a la palpación.
- Inspeccionar para detectar una posible fisura perianal o exantema significativo.
- Las evaluaciones de laboratorio normalmente son innecesarias; sin embargo, en los casos de sospecha de proctocolitis alérgica de moderada a severa, se puede considerar obtener el nivel de hemoglobina a fin de detectar hemorragia, así como el de albúmina sérica, la cual decrece en la enteropatía pierdeproteínas.

### *Recomendaciones*

1. Si se sospecha proctocolitis alérgica severa con base en cualquiera de los siguientes criterios:
  - Retraso del crecimiento
  - Cantidades de moderadas a altas de sangre en heces, con niveles decrecientes de hemoglobina
  - Enteropatía pierdeproteínas
    - i. El lactante deberá ser referido a un subespecialista pediátrico (alergólogo o gastroenterólogo pediátrico) para diagnóstico y tratamiento. (III)<sup>47</sup>
    - ii. Mientras se espera la cita, iniciar una dieta de eliminación en la madre, continuar con sus vitaminas diarias como se sugiere para todas las madres que amamantan y agregar calcio suplementario (1,000 mg/día divididos en varias dosis).<sup>12</sup> (Ver Dieta Materna de Eliminación, arriba). (II-2)<sup>47</sup>
    - iii. En la mayoría de los pacientes, resulta razonable y seguro continuar la lactancia materna a lo largo del proceso de eliminación mientras se espera la cita y de este modo se protege la lactancia. No obstante, si el nivel de hemoglobina o de albúmina es significativamente bajo (con base en normas publicadas en función de la edad) puede considerarse el uso de una leche artificial hipoalérgica (III).<sup>47</sup>
2. Si existe la sospecha de proctocolitis alérgica de leve a moderada con base en las siguientes observaciones:
  - Sangre oculta en heces (o pequeñas cantidades de sangre visibles en las heces).
  - El aumento de peso y el crecimiento son normales.
  - Exploración abdominal sin hallazgos negativos; ausencia de distensión abdominal o emesis recurrente.
  - Niveles estables de hemoglobina y albúmina (si se determinaron).

## PROTOLOS ABM

- i. El lactante debe continuar con la lactancia materna. La madre debe iniciar una dieta de eliminación, continuar con sus vitaminas diarias como se sugiere para todas las madres que amamantan y agregar calcio suplementario (1,000 mg/día divididos en varias dosis).<sup>12</sup> (II-2)<sup>47</sup>
  - ii. La prueba de la eliminación de un alimento o grupo de alimentos dado de la dieta deberá continuar por un mínimo de dos semanas y hasta por cuatro semanas. La mayoría de los casos mejorarán dentro de un periodo de 72 a 96 horas.<sup>6</sup> (II-2)<sup>47</sup>
3. En los casos de sospecha de proctocolitis alérgica de leve a moderada con mejoría en respuesta a la dieta materna de eliminación:
  - Considerar reintroducir el alérgeno nuevamente en la dieta de la madre. (I)<sup>47</sup>
  - Si los síntomas recurren, debe eliminarse de la dieta de la madre (y del lactante) el alimento bajo sospecha hasta los 9 - 12 meses de edad y por un mínimo de seis meses.<sup>12,13,48</sup> (II-2)<sup>47</sup> La mayoría de los lactantes/niños tolerarán el alérgeno causal en la dieta tras seis meses “desde el momento del diagnóstico” si son de cuando menos nueve meses de edad. Por ejemplo, si un lactante es diagnosticado a las dos semanas, el alimento debe evitarse hasta los 9 - 12 meses de edad. En las raras ocasiones en que un lactante desarrolle colitis alérgica a los 5 - 6 meses de edad, los cuidadores deberán esperar seis meses completos (después del diagnóstico) para reintroducir el alimento; por lo tanto, esto se hará cuando menos a los 12 meses de edad, no a los nueve meses, o hasta que la madre decida destetar, lo que ocurra primero.<sup>12,13,48</sup> (II-2)<sup>47</sup>
4. En los casos de sospecha de proctocolitis alérgica de leve a moderada sin mejora en respuesta a la dieta materna de eliminación:
  - Considerar la eliminación de otros alérgenos. (II-2)<sup>47</sup>
  - La lactancia materna puede continuar con un monitoreo del aumento de peso y el crecimiento. (II-2)<sup>47</sup>
  - Considerar llevar un seguimiento de los niveles de hemoglobina y albúmina en caso de detectar hemorragia continua de grado moderado (sangre visible) en las heces. (II-2)<sup>47</sup>
  - Considerar el uso de enzimas pancreáticas para la madre. La posología generalmente consiste en una o dos cápsulas con refrigerios y de dos a cuatro con comidas según se requiera dependiendo los síntomas del bebé (ver Uso de Enzimas Pancreáticas arriba).<sup>45,46</sup> (III)<sup>47</sup>
  - En los casos severos con retraso del crecimiento, nivel decreciente de hemoglobina o nivel decreciente de albúmina sérica, puede considerarse el uso de leche artificial hipoalérgica; no obstante, se debe contemplar la referencia a un especialista. (III)

### Sugerencias para Áreas de Investigación Futura

#### 1. Determinar la incidencia actual de colitis alérgica en lactantes exclusivamente amamantados

La mayoría de los datos epidemiológicos son de hace más de 20 años y sabemos que la incidencia de otras enfermedades atópicas (*v.gr.*, asma) se ha incrementado en el curso de las últimas décadas. Además, los resultados de muchos estudios sobre colitis alérgica en bebés amamantados se ven complicados por la inclusión de lactantes alimentados con formulaciones elaboradas con leche de vaca además de la leche

materna. También sería interesante examinar patrones familiares, como cuál es el riesgo de que esto suceda con la misma madre en un embarazo subsecuente.

### *2. Determinar la influencia de la inmunidad materna o neonatal sobre el desarrollo de proctocolitis alérgica.*

Es evidente que los antígenos ingeridos por la madre y transferidos a través de la leche a los bebés amamantados son responsables de las manifestaciones clínicas de la proctocolitis alérgica. Sin embargo, esto es incierto si el feto es sensibilizado a dichos antígenos durante el embarazo o como neonato a través de la exposición repetida por medio de la leche humana. La contribución precisa de los factores inmunitarios maternos, transmitidos a la descendencia durante la vida prenatal y/o posnatal, al desarrollo de respuestas alérgicas en el neonato también es poco clara. Se requiere investigación adicional a fin de definir los mecanismos inmunológicos involucrados en el contexto de factores específicos de naturaleza genética, del desarrollo y del medio ambiente en la madre y en el lactante. El esclarecimiento más preciso de dichos factores permitiría realizar esfuerzos más concentrados en la prevención.

### *3. Determinar la seguridad y la eficacia del uso materno de enzimas pancreáticas para aliviar los síntomas de la colitis alérgica y, de ser eficaces, en qué circunstancias deben utilizarse*

Los datos actuales que sugieren que el uso materno de enzimas pancreáticas es tanto seguro como eficaz son anecdóticos o provienen de pequeños estudios de series de casos. Si esto se demuestra en estudios de mayor escala, sería deseable determinar si este tipo de intervención como complemento a la dieta materna de eliminación debe utilizarse únicamente como el último recurso, cuando la dieta de eliminación no resulte eficaz, o posiblemente como un complemento más precoz, para hacer la dieta menos difícil de seguir para la madre.

### *4. ¿Deben los lactantes amamantados que presentan antecedentes de proctocolitis alérgica demorar o evitar la exposición a otros alérgenos alimentarios importantes en un intento por prevenir el desarrollo de alergias alimentarias adicionales?*

Dado que los niños pequeños con reacciones alérgicas a las proteínas de la leche de vaca presentan un riesgo más elevado de desarrollar otras alergias alimentarias,<sup>49</sup> anteriormente se recomendaba evitar los principales alérgenos alimentarios como los cacahuates (maní), las nueces y frutos secos similares (almendras, avellanas, pistaches, etc.), el pescado y los mariscos cuando menos hasta los tres años de edad.<sup>50</sup> En la actualidad no se cuenta con evidencia a fin de concluir que dicha medida será exitosa para prevenir las alergias en el futuro. Por tanto, en concordancia con los lineamientos recientemente publicados para el diagnóstico y manejo de la alergia alimentaria en los Estados Unidos,<sup>3,41</sup> los lactantes amamantados con antecedentes de proctocolitis alérgica no deben limitarse en su exposición a otros alérgenos alimentarios relevantes. Los lactantes y las madres que amamantan sólo deben evitar el alérgeno identificado durante las dietas maternas de eliminación hasta los 9 - 12 meses de edad y por un mínimo de seis meses. Esta es un área de investigación actual activa y estudios adicionales pueden aportar más evidencia sustancial a fin de confirmar o modificar dichas recomendaciones. (III)<sup>47</sup>

### *5. Determinar la utilidad de las pruebas de laboratorio adicionales para el diagnóstico de proctocolitis alérgica*

Pueden considerarse las pruebas de laboratorio, pero frecuentemente son innecesarias para establecer el diagnóstico de proctocolitis alérgica. En un reporte de



## PROTOLOS ABM

caso reciente, en un lactante que desarrolló hematoquecia asociada a la alimentación con una formulación elaborada con leche de vaca se encontró que presentaba una elevación selectiva de los niveles séricos de interleucina 5 (una citocina secretada por linfocitos T cooperadores tipo 2).<sup>51</sup> En la actualidad no se ha establecido con certeza si las determinaciones séricas de citocinas inflamatorias serían útiles para el diagnóstico de la colitis alérgica en el lactante exclusivamente amamantado.

### Reconocimientos

El presente trabajo fue financiado parcialmente por una subvención de la Agencia para la Salud Materna e Infantil, Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Maternal and Child Health Bureau, Department of Health and Human Services*). Nuestro agradecimiento a Lisa H. Akers, M.S., y a Jeanne Blankenship, M.S., de la Asociación Dietética Americana por sus valiosas sugerencias y puntos de vista.

### Referencias (...)

Los protocolos de la ABM expiran transcurridos cinco años a partir de la fecha de su publicación. Las revisiones basadas en evidencia se realizan cada cinco años o antes si hay cambios significativos en la evidencia.

Colaboradores

\*Adam P. Matson, M.D.

\*Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM

Comité de Protocolos de la Academia de Medicina de la Lactancia Materna

Maya Bunik, M.D., MSPH, FABM

Caroline J. Chantry, M.D., FABM

Cynthia R. Howard, M.D., M.P.H., FABM

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

\*Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM, Presidente

Larry Noble, M.D., FABM, Director de Traducciones

Nancy G. Powers, M.D., FABM

Julie Scott Taylor, M.D., M.Sc., FABM

\*Colaboradores Principales

Correspondencia: [abm@bfmed.org](mailto:abm@bfmed.org)

*“ Esta publicación fue traducida por Content Ed Net, LLC en convenio con el editor. Aún cuando se han tomado todas las precauciones al recopilar los contenidos de la publicación, ni Mary Ann Liebert, Inc ni Content Ed Net, LLC están obligados ni serán responsables de ninguna manera de la vigencia de la información, de cualquier error, omisión o imprecisión o por cualquier consecuencia surgida de la misma.”*

*“ This publication has been translated by Content Ed Net, LLC, under agreement with the publisher. Though great care has been taken in compiling the contents of this publication, Mary Ann Liebert, Inc. and Content Ed Net, LLC are not responsible or in any way liable for the currency of the information, for any errors, omissions, inaccuracies or for any consequences arising therefrom. ”*

© *The Academy of Breastfeeding Medicine*